

Typische Merkmale des autistischen Formenkreises Wann sollte sich jemand abklären lassen?¹

Georg Feuser

Sehr geehrte Damen und Herren! Ich begrüße Sie in besonderen Zeiten unter bislang unüblichen Bedingungen zu einer spezifischen Thematik zu »speziellen« Menschen. Diese sind, um das gleich zu Beginn deutlich herauszustellen, so *geworden*, wie wir sie wahrnehmen und sie kategorisierend heute der „Autism-Spektrum-Disorder“ (ASD) zuordnen. Ich verwende die Bezeichnung aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum im Gegensatz zur deutschsprachigen Version der „Autismus-Spektrum-Störung“ (ASS), weil der Begriff »disorder« nicht ausschließlich negativ konnotiert ist, wie das für den Begriff der »Störung« zutrifft. In der Vielfalt der mit dem Begriff »disorder« verbundenen Bedeutungen kann er auch meinen, »nicht der Regel entsprechend«, was aber nicht negiert, einer Regel, einer Ordnung zu folgen; eben einer anderen. So lange ein Mensch lebt, können bestimmte, das Leben erhaltende Ordnungen nicht total verletzt werden. Mithin ist auch, was wir als ASD bezeichnen, das Produkt einer dem Menschen möglichen Entwicklung.

Das lenkt den Blick auf die Frage, welcher Art die Ausgangs- und Randbedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung dieser Menschen sind, aus denen sich ihr Erscheinungs- und Verhaltensbild als Ausgangspunkt diagnostischen Bemühens ergibt.

In ihren Studien gehen Colvin Trevarthen et al. (1999) und Alan Shore (1994, 2003, 2009) in Bezug auf die ASD nicht von einer definierbaren Störung im System des Menschen aus, sondern von der Beziehungswirklichkeit in einem sozialen Feld zwischen Kommunikationspartnern mit Blick auf die zeitliche Struktur des Gelingens oder Misslingens reziproker Kommunikation. Dies in der gesamten Spanne von den physiologischen Regulationen zwischen dem mütterlichen Organismus und dem Fötus bis hin zu symbolisch-deklarativen Formen der Sprache, was den gesamten Komplex von Wahrnehmung, Erleben, Gefühlen, Motiven, Willen, Gedanken, Ideen und Phantasien umfasst und einer getrennten Betrachtung emotionaler und kognitiver Momente widerspricht, was in der Regel der Fall ist.

Das Auftreten der Versuche der Autokompensation nicht gelingender reziproker Kommunikation und deren verhaltensmäßiger Ausdruck charakterisiert die Symptomatik. Sie bestimmt die Leitlinien der Diagnostik, die aber keine Hinweise auf Ursachenkomplexe erbringen kann. Mithin können aus ihr auch keine essentiellen pädagogisch-therapeutischen Handlungsanweisungen abgeleitet werden, sondern, wie in der Regel üblich, nur verhaltentechnische Regulationen im Sinne eines Symptommanagements; oft in Kombination mit Versuchen einer medikamentösen Beeinflussung, ohne dass eine symptomspezifische Medikation sicherer Wirkungsgrade zur Verfügung steht.

Ob eine Kommunikation eine reziproke sein kann, ist nicht allein dem Darstellungsvermögen der Bedürfnisse und Interessen eines autistischen Kindes geschuldet, sondern in gleicher Weise der Fähigkeit, was das Kind zum Ausdruck bringt, lesen und interpretieren zu können. Gelingt dies, ist auch eine neuronale Störung kein ausschließlicher Grund dafür, dass der „Dialog

1 Vortrag (ungekürzte Fassung) anlässlich der interaktiven Fortbildung der Ärzteschaft Kreis Konstanz zur Thematik: Schräge Vögel in der Praxis? Schon mal an Autismus gedacht? Digitale Durchführung am 10.03.2021 von 19:30 bis 22:00 Uhr.

Das Motto meiner Ausführungen beziehe ich auf folgende Aussage von Birger Sellin: „Unsere innere Welt soll aufgedeckt werden, damit uns die Menschen [...] geistig erkennen als ihresgleichen und wir wieder ein wenig Achtung von ihnen erhalten, wie Personen Ihresgleichen“ (1993, S. 53).

Ergänzend zu meinen Ausführungen verweise ich auf die S3-Leitlinien ASD-Diagnostik (Teil 1 und 2) unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0181_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf [21.02.2021] und unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-018.html> [22.02.2021] – auch hier finden Sie die Leitlinien, auch den Leitlinienreport und den Evidenzbericht, zum Download.

entgleist“, um ein Bild von René Spitz (1976, S. 90 ff.) zu bemühen.² Ein von frühester Entwicklung an überwiegendes Misslingen raum-zeitlicher Koppelungen an den anderen Menschen führt zu hohen Graden der Vulnerabilität, die zu fortgesetzten psychischen Traumatisierungen führen können, die sich ihrerseits in den vielfältigen und sich zunehmend ausprägenden Kompensationsmechanismen verbergen. Diese Funktionsweisen generieren zum Zweck der Erhaltung einer zumindest minimalen neuronalen und psychischen Stabilität interne Operatoren, die als Attraktoren der psychischen Entwicklung eine Drift geben, die mit fortschreitendem Lebensalter im Sinne der Wahrnehmung, des Denkens und Handelns eines Menschen als dessen autistische Persönlichkeitsstruktur klassifizierbar wird. Sie ist das Resultat der Inkompatibilität einzelner Bereiche der Gesamtaktivität des Individuums in der Auseinandersetzung mit seiner personalen und dinglichen Umwelt.

Trevarthen (2012) betont, dass Kinder mit einer spezifischen menschlichen Fähigkeit geboren werden, emotionale und kognitive Zustände auszudrücken, Bindung herzustellen und Sinn und Bedeutung zu teilen wie auch die Initiative dazu ergreifen zu können. Diese zusammenhängende psycho-neuronale Organisation mit Spezialisierung auf Timing und Formen körperlicher Bewegung ist in der Entwicklungsneurobiologie des Säuglings fest verankert und schon wenige Stunden nach der Geburt als *infant-direct-speech* nachweisbar. Dies auf dem Hintergrund des Zusammenwirken eines sich schon ab der 5.-8. Embryonalwoche entwickelnden *Emotional-Motorischen (Ausdruck-)Systems (EMS)* mit einer Intrinsic Motivationalen Konstellation (*Intrinsic Motiv Formation, IMF*), was durch das Hineinwachsen der Gesichtsmuskulatur in diese Bereiche ermöglicht wird (Aitken & Trevarthen 1997). Das wiederum ermöglicht postnatal den vom Gegenüber lesbaren Ausdruck dialogisch-sozial-kommunikativer und -interaktiver Bedürfnisse und begründet, so sie richtig erkannt, gelesen und beantwortet werden können, eine reziproke Kommunikation.

Die Proto-Konversation in der Mutter-Kind-Dyade, verstanden als *primäre Intersubjektivität*, erfordert das Erkennen des Anderen durch dessen virtuelle Konstruktion im Sinne eines inneren Abbildes, was wiederum die Konstruktion eines virtuellen Selbst erfordert und voraussetzt. Im weiteren Entwicklungsverlauf kommt es durch die Wahrnehmung und den Gebrauch von Objekten in der Person-Person-Objekt-Kooperation zur *sekundären Intersubjektivität*. Verkürzt gesagt: Die Inkompatibilität der internen virtuellen Konstruktion seiner selbst und der des anderen Menschen, dessen Veränderungsdynamik im Vergleich zur Manipulation von Gegenständen von enormer Komplexität und von geringer Vorhersagbarkeit ist, kann als Grund erkannt werden, sich vom Menschen ab- und der Ding- und Sachwelt zuzuwenden, die selbstverständlich die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Bindung nicht entfernt kompensieren kann. Das aber heißt nicht, dass bei diesen Kindern das universelle Bedürfnis des Menschen nach dem Menschen nicht bestehen würde. Wessen der Mensch bedarf und was seine fundamentalen Erwartungen und Bedürfnisse befriedigt, braucht er nicht zu lernen: Es ist der Mensch!

Meinen Studentinnen und Studenten habe ich immer versucht nahe zu bringen, was es bedeutet, das tief ins Biologische eingeschriebene, intrinsische Bedürfnis des Menschen nach dem anderen Menschen nur sehr eingeschränkt oder nicht realisieren zu können. Den anderen Menschen nicht als Subjekt erkennen und oft sogar als die Wahrnehmungstätigkeit überforderndes Objekt zurückweisen zu müssen, um das eigene neuropsychische System vor dem Zusammenbruch

2 Die Studien und filmischen Dokumentationen von René Spitz (1972) zur »genetischen Feldtheorie der Ichbildung« in Kontexten sozialer Deprivation und der Folge des „psychischen Hospitalismus“ sind in der Pädagogik bis heute recht unterbelichtet geblieben und in der Psychologie allenfalls in der Bindungsforschung berücksichtigt worden. Sie können noch heute Schlüssel zum Verständnis des für die menschliche Entwicklung bedeutenden Beziehungs- und Bindungsgeschehens (vor allem der Proto-Konversation von primärer Bezugsperson und Kind) sein (Feuser & Jantzen 2014).

bewahren und mittels der uns als Symptomatik aufscheinenden Verhaltenstrategien autokompensatorisch und gegenregulatorisch absichern zu können, ist eine besondere menschliche Dramatik und dennoch eine hoch kompetente und intelligente Anpassungsleistung unter den gegebenen Ausgangsbedingungen menschlicher Entwicklung.

Die systemischen Ausgangsbedingung für die Entwicklung der Menschen mit ASD können kategorial als interne Bedingungen der *Isolation* bezeichnet werden, die in der Mehrzahl aller Fälle – es tut mir leid, das auf dem Hintergrund einer über 50-jährigen Befassung mit diesen Fragen in Forschung, Theoriebildung und Praxis so berichten zu müssen – mit externen Bedingungen der Isolation dieser Menschen beantwortet werden.³ Dies im Sinne der Exklusion dieser Menschen von Kindheit an aus regulären Lebens- und Lernfeldern und deren Inklusion in Sonderräume des Lernens, Arbeitens, Wohnens und Lebens. Sie sind oft einer Vielzahl inadäquater pädagogischer Maßnahmen, reduktionistischen Bildungsangeboten und therapeutischen Strategien ausgeliefert, die z.T. wissenschaftlich nicht als vertretbar angesehen werden können, kontraproduktiv und traumatisierend sind. Nicht auszunehmen sind Behandlungen sedierender und anderer psychopharmakologischer Art, die ich auf meinem Erfahrungshintergrund hinsichtlich der Kombination und Dosierung von Medikamenten in nicht wenigen Fällen als fachlich und ethisch nicht vertretbar bezeichnen muss. Das ist hier aber nicht weiter zu behandeln.

Die als ASD klassifizierte »tiefgreifende Entwicklungsstörung« ist in allen ihren graduellen Unterschieden und verhaltensmäßigen Erscheinungsweisen Folge einer menschlichen Entwicklung unter Bedingungen hochgradiger interner und erfahrener externer sozialer Isolation und eines bildungsmäßigen Reduktionismus.

Autismus beschreibt eine typisch menschliche, hoch individuelle psychosoziale Handlungskompetenz und Dynamik der Aneignung seiner selbst und der Welt unter Bedingungen hochgradiger Beeinträchtigung der Absicherung des »Dialogs« in und durch die gattungsspezifische Widerspiegelung seiner selbst im Anderen.

Martin Buber (1965) fasst das in der Aussage: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ (S. 32), dessen Umkehrung, dass der Mensch zu dem Ich wird, dessen Du wir ihm sind, bleibt aber meist negiert – leider auch hinsichtlich der Diskurse und Praxen inklusiver Erziehung, Bildung und Unterrichtung dieser Kinder und Jugendlichen in Kindergärten, Schulen und im Bereich der tertiären Bildung.

Für die weiteren Betrachtungen dürfte deutlich geworden sein, dass die eingangs erwähnte problemträchtige Beziehungswirklichkeit im sozialen Feld die Leitgröße der ASD ist, mit der Folge der Ausbildung zahlreicher autokompensatorischer Besonderheiten. Diese sind sie, wie aufgezeigt wurde, für die Entwicklung des Menschen unter internen Bedingungen der Isolation »entwicklungslogischer« Art. Sie normwertorientiert als »psychopathologisch« zu klassifizieren, hat seit den Erstbeschreibungen des Phänomens in den frühen 1940er Jahren zu keinen pädagogisch und therapeutisch wirklich hilfreichen Entwicklungen geführt. Bölte (2009) betont: „Dies hängt damit zusammen, dass trotz vielfältiger, auch gut replizierter neurobiologischer Befunde, noch für keine psychische Störung ausreichend sensitive und spezifische Biomarker vorliegen, die im Einzelfall eine valide somatische Diagnostik zulassen würden“ (S. 35). Bezogen auf Menschen mit ASD liegen heute Befunde der funktionalen Bildgebung über fast alle Gebiete

3 Eine grundlegende Studie dazu erschien von Haggard schon 1964 unter dem Titel: *Isolation and Personality*. Auch die bei den frühen Astronautentests auftretenden psychischen Veränderungen der nach allen Kriterien als gesund und psychisch unbelastet ausgewählten Versuchspersonen, verwiesen in den Bereich schizophrener Verhaltens- und Wahrnehmungskomponenten.

des Gehirns hinweg vor. Für besonders bedeutend werden die Bereiche des limbischen Systems mit der Amygdala, dem Hippocampus und Cingulum und Bereiche des orbitofrontalen und parietalen Cortex gehalten, um nur einige wenige zu nennen, aber kein neurologischer Befund ist bislang ausschließlich typisch für die ASD. Es gibt auch keine für die ASD typische EEG-Muster. Die bei Kleinkindern feststellbare Vergrößerung des Gehirnvolumens, die Befunde in Bezug auf das Kleinhirn oder der in seinem Volumen reduzierte Balken sind in Bezug auf die ASD noch nicht geklärt. Auch wenn es in Anbetracht der doch sehr dominanten Tendenzen, das Soziale wieder zu biologisieren und zu naturalisieren, schwer fällt, die ASD nicht als überwiegend genetisch bedingt anzusehen, muss festgehalten werden: „Die molekulargenetischen Untersuchungen der letzten 15 Jahre an einer Fülle von Patientenkollektiven mit ASS haben verschiedene genetische Risikofaktoren als ursächlich vorgestellt, ohne bisher zu einem gesicherten Ergebnis gelangt zu sein“ (ebd., S. 87). Für die Annahme einer idiopathischen ASD wird allein von 100 Genen ausgegangen.

So gesehen ist die Orientierung der Diagnostik an den Merkmalen des autistischen Formenkreises erst einmal eine Art Brückenlösung insofern, dass in Anbetracht des bei uns bestehenden Etikettierungs-Ressourcen-Dilemmas damit eine Voraussetzung erfüllt wird, Ressourcen für die unterschiedlichsten Belange in der Spanne von Beratung, Beschulung, Therapie, Eingliederung, Begleitung und Assistenz der Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen in Anspruch nehmen zu können.

Mit der Beschreibung der ASD beziehe ich mich nachfolgend auf die DSM-IV und deren Begriffe, die hier erst einmal brauchbarer als die DSM-V ist, die seit 2013 als gültig gilt.

Die DSM-IV von 2000 ist in A und B mit jeweils drei Unterpunkten gegliedert, wobei diese wiederum a bis d Untergliederungen aufweisen. Der Punkt C ist lediglich ein Hinweis auf das Rett-Syndrom und die desintegrative Störung, an die bei der Diagnose gedacht werden sollte.

Bezogen auf den Bereich A müssen für die Diagnose mindestens sechs Kriterien aus den Unterpunkten 1. bis 3. gegeben sein, wobei mindestens zwei Punkte aus 1. und je ein Punkt aus 2. und 3. zu stammen haben. Es geht bei A

1. um die qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und zwar um
 - a) die ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch vielfältiger nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktion,
 - b) die Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehung zu Gleichaltrigen aufzubauen,
 - c) den Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder darauf hinzuweisen) und
 - d) um den Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit;
2. um qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation in den Bereichen
 - a) verzögertes Einssetzen oder völliges Ausbleiben der Entwicklung von gesprochener Sprache (ohne den Versuch zu machen, die Beeinträchtigung durch alternative Kommunikationsformen wie Gestik oder Mimik zu kompensieren),
 - b) bei Personen mit ausreichendem Sprachvermögen um eine deutliche Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen,
 - c) um den stereotypen oder repetitiven Gebrauch der Sprache oder um idiosynkratische Sprache und
 - d) um das Fehlen von verschiedenen entwicklungsmäßigen Rollenspielen oder sozialen Imitationsspielen. Schließlich
3. um beschränkte, repetitive oder stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten in den Bereichen
 - a) umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und begrenzten

- Interessen, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind,
- b) um auffällig starres Festhalten an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten oder Ritualen,
 - c) um stereotype und repetitive motorische Manierismen (z.B. Biegen oder schnelle Bewegungen von Händen und Fingern oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers) und
 - d) um ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.

Der Punkt B verweist auf einen Beginn vor dem dritten Lebensjahr und auf Verzögerungen oder eine abnorme Funktionsfähigkeit in mindestens einem der folgenden Bereiche, nämlich

1. soziale Interaktion,
2. Sprache als soziales Kommunikationsmittel oder
3. symbolisches oder Phantasiespiel.

C. verweist, wie schon gesagt, auf die Rett-Störung oder die Desintegrative Störung im Kindesalter, so die »Störung« dadurch besser beschrieben werden kann.

Mit diesen Kriterien sind zentrale Parameter beschrieben, die auch Eltern als Beobachtungsraster heranziehen können und die den Fach- und Lehrpersonen in pädagogischen Institutionen im Grunde nicht nur geläufig sein sollten; sie sollten in der Lage sein, deren verhaltensmäßiger Ausdruck auf unterschiedlichsten Entwicklungsniveaus erkennen zu können – vom Säugling angefangen. Dem stehen leider seitens deren Ausbildung bedenklich schlechte Kompetenzen in Sachen Entwicklungspsychologie entgegen; von einer Schulung in Verhaltensbeobachtung und -analyse ganz zu schweigen. Auch das führt dazu, dass die Diagnosen erst in viel zu hohen Altersbereichen gestellt und bedeutende Altersbereiche für eine pädagogisch-therapeutische Intervention verabsäumt werden.

Von Anfang der Gründung des damaligen Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind e.V.“ (heute: Autismus Deutschland e.V.)⁴ ist es uns auch seitens des wissenschaftlichen Beirats des Bundesverbandes nicht gelungen, dass autismusrelevante Hinweise in die Früherkennung U1 bis U9 aufgenommen werden. Wir hatten schon damals so genannte „Alarmzeichen“ für das erste Lebensjahr und Merkmalslisten zur Erkennung des Syndroms mit 60 Items aufgelistet; auch Empfehlungen für den erzieherischen Umgang mit diesbezüglich auffälligen Kindern. Auf dem Hintergrund soliden entwicklungspsychologischen (nicht nur medizinischen) Wissens und guter Kenntnisse der ASD im frühen Kindesalter wäre es schon möglich, anhand der heute für die U1 bis U9 (auch J1 und J2) geltenden Kriterien auch dieses Anliegen abzudecken. Dazu fehlen aber auch seitens der Mediziner oft die erforderlichen entwicklungspsychologischen Kenntnisse. Einer der meinerseits beklagenswertesten Umstände ist die mangelnde Sensibilität, den Berichten von Eltern über ihre Kinder sehr genau zuzuhören und nachzufragen. In Bezug auf alle Menschen aus dem Autismus-Spektrum, mit denen ich zu tun hatte, hatten die Eltern oft schon lange vor den Fachpersonen eindeutige Zeichen der tiefgreifenden Entwicklungsstörung ihrer Kinder beobachtet und auch benannt. Man hatte keine Zeit dafür, nicht auf sie gehört oder sie mit der Aussage entlassen: „Das wächst sich schon noch aus!“ *In Bezug auf ASD wächst sich überhaupt nichts aus.* Da die Kinder alle wahrnehmbaren Ereignisse nur mit den Mitteln ihres Systems in ihr System integrieren können, lernen und perfektionieren sie mit jedem Ereignis auch ihren Autismus, bis das meist viel zu spät auch von den Fachleuten zur Kenntnis genommen wird – leider meist erst weit nach dem dritten Lebensjahr, obwohl wir es mit einer Entwicklungsdraft zu tun haben, die, wie kurz angesprochen, schon pränatal einsetzen und unmittelbar postnatal sehr

4 Siehe: <https://www.autismus.de/> [22.02.2021]

dezent in Erscheinung treten kann.⁵

Die Bedeutung der Frühintervention für den Entwicklungsverlauf der ASD ist heute noch total unterschätzt, obwohl schon in den frühen 1980er Jahren z.B. von Koegel, Rincover und Egal (1982) von der University of California, Santa Barbara, solide Studien vorgelegt wurden, wovon ich mich damals selbst überzeugen konnte, dass die Intervention allein schon mit Bezug auf Verdachtsmomente der Entwicklung einer ASD gut der Hälfte der Kinder ermöglichte, in die Regelschule eingeschult zu werden und dort ohne weitere Hilfen lernen zu können und für alle die Ausprägung des Syndroms nicht so schwer erfolgte, wie dies bei den Kontrollgruppen der Fall gewesen war.

Die Frage, wann sollte abgeklärt werden, ist leicht zu beantworten: So früh als nur möglich – in der frühen Kindheit bei ersten Auffälligkeiten, die den Eltern Fragen aufwerfen oder Sorgen machen, was schon mit dem Stillen beginnen kann, im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, in Krabbelgruppen, Kindergärten und Schulen oder bei Jugendlichen und Erwachsenen, wenn sich ihnen diesbezüglich Fragen stellen.

Das bedarf einer fachkompetenten Beratungsstelle, die als Erstkontaktstelle fungiert, verschiedenste Anlaufstellen und deren Angebote koordiniert, zeitnahe Termine ohne Wartelisten ermöglicht, beratende und assistierende Aufgaben wahrnimmt und bei der auch die Einzelerhebungen und Ergebnisse zusammenlaufen und die interdisziplinären fallbezogenen Gespräche der Fachleute mit den Eltern bzw. Betroffenen stattfinden können. Es ist verhängnisvoll, dass Eltern oft zirkulär von einer Institution zur anderen verwiesen werden und schließlich resigniert aufgeben.

Nach einer Diagnosestellung bedarf es in Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle unmittelbar der Angebote eines Autismus-Therapie-Zentrums,⁶ wie es heute der Verein „Spektralkräfte e.V.“ nach jahrelangen, erfolglos vorausgegangen Bemühungen, für den Landkreis Konstanz fordert. Die Beratungsstelle sollte auch für Fort- und Weiterbildungsangebote und Institutionsberatung zuständig sein.

Abschließend vielleicht noch folgende Hinweise: Diagnostisch relevant i.e.S. sind aus meiner Sicht die ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt 1991) und die DSM-IV-TR (Saß, Wittchen & Zaudig 2003) in Ergänzung mit diversen Beobachtungsskalen für autistische Störungen, so vor allem die „Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS)“ (Rühl et al. 2004),⁷ die „Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS)“ und das „Diagnostische Interview für Autismus – Revidiert (ADI-R)“ (vgl. Bölte et al. 2006), eine Elternbefragung mit engem Bezug auf die ICD-10 und DSM-IV. Ferner die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF/ICF-CY)“ der WHO (2020), die vor allem die Möglichkeit bietet, funktionale Bereiche einer Behinderung und die für die Teilhabe an Gesellschaft und Kultur relevanten Umweltfaktoren personzentriert in den Blick zu nehmen und zu analysieren.

Eine ICD-11 in Nachfolge der ICD-10 ist für 2022 geplant. Was die DSM-V betrifft ist ihr

5 Bezogen auf ein dissipativ-autopoietisches System mit den für ein lebendiges System nicht unterschreitbaren Eigenschaften der Referentialität zur Welt und zu sich selbst kann seine Entwicklung als Produkt der Integration der erfahrenen Systemstörungen in sein System mit den Mitteln seines Systems beschrieben werden. Damit ist stets auch die Aneignung der Art und Weise seiner Wahrnehmungstätigkeit – man könnte auch sagen – seiner Lernstrategien verbunden; mithin auch die Perfektionierung dessen, was uns als *Autismus* aufscheint. Siehe zu den Grundlagen auch Maturana 1998 und Maturana & Varela 1984

6 Ein Autismus-Therapie-Zentrum sollte auch präventiv und ambulant schnelle Hilfe und Kriseninterventionen an den Orten des Lebens und Lernens der Menschen mit ASD ermöglichen können, um es erst gar nicht zu Exklusionsprozessen aus der Familie oder aus Regelinstitutionen kommen zu lassen.

7 Aufmerksam zu machen wäre auch auf das Kleinkind-Modul von ADOS-2, das schon im Altersbereich 12-30 Monate einsetzbar ist.

gegenüber eine kritische Position ratsam. Sie verzeichnet einen immensen Anstieg auf 374 gelistete Krankheiten und Störungen, deren wissenschaftliche Überprüfung viele Fragen offen lässt, Schwellenwerte für Behandlungen werden gesenkt und 69% der DSM-V-Mitarbeiter*innen haben Verbindung zur Pharmaindustrie, so eine Studie der University of Massachusetts, Bosten. Interessant ist, dass die Kontakte zur Pharmaindustrie der Arbeitsgruppe affektive Störungen 83% und in Bezug auf Schlafstörungen 100% betrogen.⁸

Der Begriff ASD ist erst in der DSM-V verankert⁹ und umfasst den »klassischen Autismus«, »desintegrative Störungen des Kindes« (ab dem 2. Lj. mit Fokus auf Soziales, Sprache und Motorik), das »Asperger-Syndrom« bzw. der »high functioning autism« und die »tiefgreifende Entwicklungsstörung«, die bislang alle Formenkreise umschrieb, die mit Autismus zu tun haben. Die DSM-V enthält die Kriterien der DSM-IV-TR und fasst das Rett-Syndrom und die Störung sozialer Kommunikation nicht mehr unter der ASD.

Dass mit der DSM-V ein Fortschritt in Bezug auf die hier anstehenden Fragen erzielt worden wäre, sehe ich nicht. Aber auch die ICD-10 und die DSM-IV-TR sind untereinander nur sehr bedingt kompatibel. Mit dem Begriff der ASD selbst verbinde ich auch die Gefahr der Verwässerung sehr spezieller individueller Problemlagen und der Inflationierung einer relativ klar zu umschreibenden »tiefgreifende Entwicklungsstörung« bei Kindern. Dies in Relation zu sozialgesellschaftlichen Zerfallsprozessen, die man nicht selten mit dem Begriff „Autismus“ bezeichnet, während die Kinder mit sehr schweren Formen des Autismus-Spektrums, die nicht als »Aspis« oder »high-functioning« imponieren, in Sonderinstitutionen, meist auch ohne für sie hinreichend spezifische Lern- und Therapieangebote bleiben und späterhin in psychiatrischen Einrichtungen mit Diagnosen zu finden sind, die den Hintergrund ihrer autistischen Persönlichkeitsentwicklung nicht mehr erkennen lassen. Gerade ihnen, die den größten Anteil der Population ausmachen, wäre nicht minder unsere ungeteilte Aufmerksamkeit zu schenken, die weitgehend verloren gegangen ist.

Auf den Vortrag bezogene Literaturhinweise:

- Aitken, K.J. & Trevarthen, C. (1997): Self/other organization in human psychological development. In: *Development and Psychology*, 9, S. 653-677
- Bach, S. (2013): *Autismus. Struktur und Verlauf Tiefgreifender Entwicklungsstörungen. Eine systemtheoretische Betrachtung*. Frankfurt am Main
- Berger, E., Mutschlechner, R. & Feuser, G. (2005): *Autismus - Häufigkeit und Schullaufbahn. Schulische Integration autistischer Kinder in Wien*. In: *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 2, 7, S. 13-22
- Bölte, S. (Hrsg.) (2009): *Autismus*. Bern
- Bölte, S., Rühl, D., Schmötzer, G. & Poustka, F. (Hrsg.) (2006): *Diagnostisches Interview für Autismus-Revidiert (ADI-R)*. Göttingen
- Bölte, S. & Poustka, F. (Hrsg.) (2007): *Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität - Dimensionale Autismus-Diagnostik (SRS)*. Bern
- Buber, M. (1965): *Ich und Du*. In: M. Buber: *Das Dialogische Prinzip*. Heidelberg, S. 5-136
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Kapitel V/F)*. Bern
- Feuser, G. (1979): *Grundlagen zur Pädagogik autistischer Kinder. Gesellschaftswissenschaftlich-erziehungswissenschaftliches Verständnis des „Frühkindlichen Autismus“*. Weinheim
- Feuser, G. (1980): *Autistische Kinder*. Solms/Lahn
- Feuser, G. (2014): *Autismus*. In: Feuser, G., Herz, B. & Jantzen, W. (Hrsg.): *Emotion und Persönlichkeit; Enzyklopädisches Handbuchs der Behindertenpädagogik*, Bd. 8. Stuttgart, S. 82-157
- Feuser, G. & Jantzen, W. (2014): *Bindung und Dialog*. In: Feuser, G., Herz, B. & Jantzen, W. (Hrsg.): *Emotion und*

8 Siehe: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001190> [22.02.2021]

9 Siehe: https://en.wikipedia.org/wiki/Autism_spectrum#/media/File:Autism_Spectrum_Disorders_subcategories.png
co-occur mit savant syndrome [22.02.2021]

- Persönlichkeit; Enzyklopädisches Handbuchs der Behindertenpädagogik, Bd. 8. Stuttgart, S. 64-90
- Fombonne, E. (2005): Epidemiological Studies of Pervasive Developmental Disorders. In: Volkmar, Fred et al (Ed.): Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Bd 1. Hoboken, NJ, S. 42-69
- Haggard, E.A. (1964): Isolation and Personality. In: Worchel, P. & Byrne, D. (Ed.): Personality change. New York, S. 433-469
- Jantzen, W. (2007): Allgemeine Behindertenpädagogik. Berlin
- Koegel, R., Rincover, A., & Egel, A. (1982): Educating and Understanding Autistic Children. San Diego
- Maturana, H.R. (1998): Biologie der Realität. Frankfurt am Main
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1984): Der Baum der Erkenntnis. Bern
- Rühl, D., Bölte, S., Feineis-Matthews, S. & Poustka, F. (Hrsg.) (2004): Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS), Deutsche Fassung. Göttingen
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.) (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen-Textrevison (DSM-IV-TR). Göttingen
- Schore, A.N. (1994): Affect Regulation and the Origin of the Self. Hillsday 1994
- Schore, A.N. (2003): Affect Disregulation and Disorders of the Self. New York
- Schore, A.N. (2009): Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart
- Sellin, B. (1993): ich will kein in mich mehr sein - botschaften aus einem autistischen Kerker. Köln: Kiepenheuer & Witsch
- Spitz, R. (1972): Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung. Frankfurt am Main
- Spitz, R. (1976): Vom Dialog. Stuttgart
- Trevarthen, C. (2012): Intersubjektivität und Kommunikation. In: Braun, O. & Lüdtkke, U. (Hrsg.): Sprache und Kommunikation; Enzyklopädisches Handbuchs der Behindertenpädagogik, Bd. 8. Stuttgart, S. 82-157
- Trevarthen, C. & Aitken, K. (2001): Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. In: J. Child Psychol. Psychiat. 42, 1, S. 3-48
- Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D. & Robarts, J. (1999): Children with Autism. London UK
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2020): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen (ICF-CY). 2. Auflage. Bern: Hogrefe

Anschrift des Verfassers:

gfeuser@swissonline.ch